

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes mellitus, na UBS Dr. Luiz Fernando Magalhães, Capixaba/AC**

Carlos Rodrigo Cardoso Cazorla

Pelotas, 2016

Carlos Rodrigo Cardoso Cazorla

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes mellitus, na UBS Dr. Luiz Fernando Magalhães, Capixaba/AC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Fernanda de Oliveira Meller

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C386m Cazorla, Carlos Rodrigo Cardoso

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Dr. Luiz Fernando Magalhães, Capixaba/AC / Carlos Rodrigo Cardoso Cazorla; Fernanda de Oliveira Meller, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Meller, Fernanda de Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha família, minha mãe pela confiança,
meu filho, minha esposa e minhas irmãs pelo
carinho e por ser minha inspiração para concluir
meus objetivos.

Agradecimentos

Primeiro agradeço ao Ministério de Saúde e à UFPel por ter disponibilizado este curso de grande importância, Também quero agradecer a disponibilidade de recurso materiais e transporte por parte da secretaria municipal de saúde do município Capixaba-Acre, a minha orientadora e a minha equipe de trabalho que considero a melhor do Brasil, e a população por ter aceitado nossa equipe abrindo as portas de suas casas e disponibilizando tempo em prol de otimizar o nosso serviço.

Resumo

CAZORLA, Carlos Rodrigo Cardoso. **Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na UBS Dr. Luiz Fernando Magalhães, Capixaba/AC**. 2016. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica não-transmissível, de natureza multifatorial, assintomática (na maioria dos casos) que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, provocando o aumento da tensão sanguínea nos vasos que pode comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados. Por outro lado a Diabetes Mellitus faz parte de um grupo de doenças metabólicas caracterizada por hiperglicemia e associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação de insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina. Este projeto de intervenção teve como objetivo ampliar a cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos, pertencentes à área de abrangência da UBS Dr. Luiz Fernando Magalhães do município de Capixaba – AC. Este grupo de usuários foram escolhidos para nossa intervenção por serem grupos de alta importância e prioridade. Esta intervenção foi desenvolvida no período de 3 meses, onde se propôs um conjunto de objetivos específicos que abarcam a cobertura do programa, qualidade de atendimento, adesão e promoção e prevenção de saúde dos hipertensos e diabéticos, para os quais foram elaboradas metas com as suas respectivas ações implementadas, desenvolvidas, e executadas em todos os 4 eixos pedagógicos, como organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica, com seus indicadores que permitiram o monitoramento das metas. Os dados mais relevantes foram relacionados à ampliação da cobertura da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência, alcançando cadastro de 341 usuários de 552 da estimativa nacional o que representa 61,8% dos hipertensos e 60 usuários de 136 da estimativa nacional o que representa 44,1% dos diabéticos. Esta

intervenção trouxe benefícios para nossa comunidade não somente para os usuários hipertensos e diabéticos vinculadas ao projeto, mas também para a população em geral uma vez que ganharam em conhecimento e a partir disso adquiriram consciência sobre a importância do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Por último e mais importante, foi de grande benefício para nossa equipe de saúde melhorando nossa organização do processo de trabalho o que se refletiu como uma melhoria na qualidade da atenção de saúde destes usuários incentivando cada vez mais uma melhor aderência da comunidade.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Quadro de Distribuição da população por faixa etária e sexo	11
Figura 2	Gráfico de Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica.	63
Figura 3	Gráfico de Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Dr. Luiz Fernando Magalhães.	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde.
DM	Diabetes Mellitus.
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESB	Equipe de Saúde Bucal.
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
PA	Pressão arterial.
PCCU	Preventivo do Câncer do Colo do Útero.
SISPRENATAL	Sistema Pré-natal de acompanhamento a gestante.
UBS	Unidade Básica de saúde.

Sumário

Apresentação.....	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
2 Análise Estratégica.....	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações.....	23
2.3.2 Indicadores.....	38
2.3.3 Logística	38
2.3.4 Cronograma	49
3 Relatório da Intervenção	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	52
4 Avaliação da intervenção	52
4.1 Resultados.....	53
4.2 Discussão	66
5 Relatório da intervenção para gestores.....	71
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	74
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	76
Referências.....	78
Anexos.....	79

Apresentação

Este trabalho é um projeto de intervenção que surgiu com o objetivo de ampliar a cobertura dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS Dr. Luiz Fernando Magalhães do Município Capixaba – AC. O volume apresenta 7 seções. Inicia com a análise situacional onde avaliamos de forma geral a UBS, tanto a infraestrutura como a organização dos trabalhadores. Após, é emitido o relatório da análise situacional dando uma maior perspectiva da situação atual da UBS. A seção 2 diz respeito à análise estratégica onde descrevemos os motivos e a necessidade de desenvolver o projeto, seus objetivos, metas e ações a serem desenvolvidas, metodologia, detalhamento das ações, indicadores, logística para desenvolver o projeto e o cronograma que organiza esta intervenção. A seção 3 apresenta o relatório da intervenção que vai descrever as ações desenvolvidas de forma cronológica, ações previstas e desenvolvidas, ações previstas e não desenvolvidas, ações previstas a coleta e sistematização dos dados, viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço. A seção 4 apresenta a avaliação da intervenção que mostra os resultados e a discussão do trabalho. Nas seções 5 e 6 são apresentados os Relatórios de Intervenção para Gestores e Comunidade. E, por fim, na seção 7, é apresentada a reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem. Apresentamos as referências utilizadas no trabalho e, para fazer mais compreensível o trabalho, anexamos os instrumentos utilizados para a realização desta intervenção

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A unidade básica de saúde (UBS) Dr. Luiz Fernando Magalhães encontra-se no município de Capixaba, estado do Acre, e funciona há 1 ano com atenção integral desde a minha chegada como Médico Intercambista do Programa Mais Médicos pelo Brasil. Realizamos atenção médica e de enfermagem, consulta de pré-natal, puericultura, atenção a usuários hipertensos e diabéticos, consulta geral, prevenção de câncer de mama e preventivo do colo uterino (PCCU), procedimentos (sutura, drenagem de abscesso, teste rápidos, atenção primária em traumas e contusão), visitas domiciliares integral, atividades preventivas para os usuários na sala de espera de forma direta e por meio de apresentações na TV da sala de espera.

A população total é de 3873 e estas pessoas correspondem à área urbana. 2597 pessoas são maiores de 15 anos e, destas, 1352 mulheres com idade entre 10 – 59 anos. Existem 263 pessoas hipertensas e diabéticas, usuários com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes mellitus (DM) e infecções de vias aéreas, que são os maiores motivos de consulta em nossa UBS.

A equipe está formada por uma cirurgiã dentista, uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem, 6 agentes comunitárias de saúde (ACS), uma recepcionista, uma pessoa encarregada pela limpeza, a diretora da UBS e eu como médico clínico geral.

A UBS está distribuída em um consultório médico, um consultório do dentista, um consultório de enfermagem, uma sala de pré-consulta, uma sala de procedimentos e observação, uma sala de nebulização, uma sala de reuniões e sala

dos ACS, dois banheiros, uma sala de vacinas, uma copa, um almoxarifado, uma recepção e uma sala de espera.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A UBS Dr. Luiz Fernando Magalhães encontra-se no município de Capixaba, estado do Acre. A população total do município é de 10.498 pessoas (IBGE, 2015), deste total somente 3674 residem na área urbana, o que representa 35% da população total, o restante, 6824 habitantes, são moradores da área rural. Na área urbana a principal fonte de renda são os trabalhos das instituições públicas, existem 2 hotéis pequenos, uma fábrica de tijolos. Na área rural a principal fonte de renda é uma fábrica de álcool (ALCOOBRAS) e a produção de leite de vaca e carne bovina.

A UBS é estruturalmente nova e foi construída com parâmetros nacionais com o objetivo de funcionar como uma UBS. No município de Capixaba existem 3 UBS com Estratégica de Saúde da Família (ESF), destas duas estão situadas na área urbana e uma na área rural, também existe uma equipe do núcleo de apoio à saúde da família (NASF). Atualmente não contamos com exames complementares, estes são feitos em nosso hospital de referência que fica a 70 km de distância, este hospital atende os casos de emergência que são encaminhados de nossa unidade.

Nossa unidade hospitalar de referência encontra-se a 50 quilômetros de distância no município Senador Guimard e o Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco na capital do estado do Acre a 70 quilômetros de distância do nosso município.

Nossa UBS encontra-se alocada na área urbana e contamos só com uma equipe básica de saúde, formada por um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um médico, um dentista, um auxiliar de dentista, 8 ACS, um recepcionista e a diretora da UBS. Nossa área de abrangência atual atende um total de 3629 usuários que pertencem à área urbana, a UBS tem parceria com escolas, igrejas, agrupamentos comunitários e agrupamentos de idosos. Levando em conta as características da nossa população, desenvolvemos atividades encaminhadas à promoção e prevenção de saúde; a maioria das atividades desenvolvidas são dirigidas na maioria das vezes a idosos, hipertensos, diabéticos e mulheres. O

método que utilizamos são as palestras, slides e dispositivas na TV da sala de espera e capacitação aos ACS para assim eles levarem a prática na micro área.

A estrutura física da UBS está distribuída em um consultório médico, um consultório de dentista, um consultório de enfermagem, uma sala de pré-consulta, uma sala de procedimentos e observação, uma sala de nebulização, uma sala de reuniões e sala dos ACS, dois banheiros, uma sala de vacinas, uma copa, um almoxarifado, uma recepção, uma sala de espera. Temos um mapa de área de abrangência o qual é delimitado especificamente e distribuído em 8 micro áreas, também temos um planejamento e organização da agenda de trabalho o qual é de conhecimento de todos os profissionais. Também na nossa UBS é aplicada atividade para grupos de risco, principalmente de doenças crônicas (HAS, DM, DPOC), doenças infecciosas e fatores potenciais como o tabagismo e etilismo ou uso de outras substâncias nocivas. Realizamos aferição de pressão arterial a todos os usuários maiores de 15 anos, verificamos o peso e a estatura na pré-consulta e fazemos avaliação de glicose capilar para monitoramento de usuários com DM e familiares com risco, também fazemos orientação e capacitação dos ACS sobre sintomas respiratórios crônicos e agudos para captação dos usuários nas micro áreas e assim serem encaminhados para nossa UBS. Também realizamos visitas domiciliares nas quintas-feiras no horário da tarde, prévio agendamento por parte dos ACS, totalizando uma média de seis visitas por semana. Temos alguns casos de usuários com doenças crônicas progressivas aos quais realizamos procedimentos de troca de sonda vesical e limpeza de feridas e escaras e acompanhamento continuado. Também realizamos atenção de emergência e encaminhamento, uma das nossas limitações é não atender internações domiciliares, já que o nosso município não se encontra preparado para este tipo de atendimento, os usuários que acompanhamos na maioria das vezes são usuários com doenças crônicas progressivas.

A distribuição da população por sexo e faixa etária correspondente à área de abrangência da UBS Dr. Luiz Fernando Magalhães está de acordo com a estimativa de distribuição da população brasileira, a seguir a figura que descreve a situação atual da nossa área de atenção por faixa etária e sexo baseada no SIAB.

SEXO	FAIXA ETARIA (ANOS)										
	1	a 4	a 6	a 9	0 a 14	5 a 19	0 a 39	0 a 49	0 a 59	60	Total
MASCULINO	2	55	1	07	97	11	26	99	27	44	759
FEMININO	3	22	8	24	49	46	63	20	23	42	870
TOTAL DE PESSOAS	5	77	39	31	46	57	089	19	50	86	629

Figura 1. Quadro de distribuição da população por faixa etária e sexo.

Em nossa unidade de saúde trabalhamos de segunda a sexta atendimento em turno da manhã e da tarde, nosso trabalho é muito bem organizado e cada integrante de nossa equipe cumpre uma função. Realizamos atendimento em forma de agendamento e ordem de prioridade, estes usuários são previamente captados pelos ACS, e também realizamos atendimento à demanda espontânea e atendimento de emergências estabilizando e encaminhando a hospital de referência. No acolhimento participa toda a equipe, ao chegar o usuário a nosso serviço é acolhido primeiro na recepção onde é orientado sobre ordem de prioridade então sua ficha de atendimento é aderida a seu prontuário, logo é feito uma pré-consulta e avaliado parâmetros vitais para posteriormente entrar em sua respectiva consulta, seja de enfermagem, medicina ou odontologia.

Referente à SAÚDE DA CRIANÇA temos um total de 35 usuários menores de um ano o que representa 100% da cobertura, segundo Cadernos de Atenção Básica (CAP), 34 crianças com primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida representando 97% do total de nossa UBS, 34 crianças com teste do pezinho até sete dias representando 97% do total e 35 crianças com vacinação em dia representando 100%. Não temos dias específicos para puericultura, como atenção prioritária são atendidas as crianças de terça a sexta nos turnos da manhã e tarde, este atendimento é feito na consulta de enfermagem e consulta médica. A primeira consulta é feita na minha consulta na primeira semana de nascimento, é

realizado uma avaliação geral da saúde da criança e para isto utiliza-se o protocolo de atendimento de saúde da criança na atenção básica do ministério de saúde 2013 (BRASIL, 2013a), a criança passa por a minha avaliação e é encaminhada para consulta de enfermagem onde é feito o teste do pezinho. As consultas de puericultura são agendadas pelos ACS num total de duas vezes por ano; destes agendamentos aproximadamente 60% assistem à consulta de puericultura, o que é um ponto negativo para nossa UBS, já que o restante só consulta quando existe algum caso agudo. Como acabo de relatar é feito atendimento de casos agudos, tratamento sob observação e encaminhamento em caso de emergências. O planejamento, execução e avaliação das ações referentes à saúde da criança é feito pelo enfermeiro conjuntamente com a cirurgiã dentista, médico da família e ACS.

Referente ao atendimento PRÉ-NATAL, temos 28 gestantes, o que representa 97% de cobertura, segundo CAP. Dessas, 25 gestantes estão com consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde representando 89%, 28 estão com solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados representando 100%, e 28 gestantes estão com vacina antitetânica e contra hepatite B conforme protocolo representando 100%. Além disso, 28 gestantes receberam orientação para aleitamento exclusivo representando 100%. Temos um calendário de atendimento semanal no qual este tipo de atendimento é feito 2 dias da semana nas terças e quintas nos turnos da manhã e da tarde. O pré-natal é realizado pelo enfermeiro e pelo médico, a primeira consulta é realizada pelo médico e é preenchido o prontuário da usuária com dados pessoais, anamnese, exame físico, tratamento de algum sintoma agudo, informações sobre vitaminas no pré-natal e solicitamos exames hematológicos, exame de urina, sorologia. Agendamos consulta em 15 dias na qual a gestante retorna com todos os exames complementares. Eu como médico avalio os resultados, descrevo os resultados no prontuário e encaminho para a consulta de enfermagem no mesmo dia para cadastrar no SISPRENATAL. O enfermeiro emite o cartão pré-natal agora caderneta pré-natal, e continua o atendimento, cada mês com agendamento. Nas próximas consultas, na consulta médica, se realiza ultrassom obstétrico em cada trimestre da gestação e, ao realizar os exames complementares no terceiro trimestre de gravidez ou em situação de algum sintoma agudo, uma dificuldade que apresentamos é no pré-natal realizado no 1º trimestre, já que por negligência e despreocupação das gestantes não se apresentam na unidade de forma rápida para sua captação pré-natal. Outro

problema é referente ao puerpério, já que menos da metade destas gestantes após o parto voltam para o atendimento de puerpério nos primeiros 42 dias, somente voltam as que realizaram cesarianas, por motivo de limpeza e retirada de pontos de sutura.

Em relação ao CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO, temos um total de 570 mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero representando 75% de cobertura, segundo CAP. Dessas, 415 estão com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia representando 73%, 100% delas receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e doenças sexualmente transmissíveis (DST). No atendimento à mulher, todos os profissionais estão vinculados primeiro pelos ACS que são os responsáveis pela coleta dos dados importantes, como antecedente de câncer de mama ou de colo uterino ou usuários com algum sintoma agudo que se associe à mama ou útero ou à questão ginecológica. Estes dados são passados ao enfermeiro, e ele e eu como médico da UBS fazemos o atendimento destas usuárias 2 vezes por semana nas segundas e quartas nos turnos da manhã e da tarde. O enfermeiro realiza a coleta de amostras que, junto com a secretaria, são enviadas para a capital onde são processadas, após são retornadas a nossa UBS para avaliação pelo médico que é quem tomará a conduta necessária mediante cada situação. Este atendimento geralmente é agendado, mas no atendimento de casos agudos muitas vezes podemos verificar no exame físico e ginecológico das usuárias lesões em vulvas e vagina que sugerem DST, nessas situações tomamos conduta imediata e agendamento para PCCU.

Também neste mesmo dia do atendimento de controle do câncer de colo do útero realizamos atendimento de CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA já que também forma parte da saúde da mulher. Temos um total de 113 mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama que representa 92% da cobertura, segundo CAP. Destas, 91 estão com mamografia em dia representando 81%, 113 receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama o que representa 100%. Neste atendimento é feita anamnese e, quando necessário, exame de mama quando a usuária relata a presença de alguma moléstia ou achado de alguma massa palpável, preenchemos a solicitude de mamografia para melhor diagnóstico e conduta. Também são feitas mamografias de rastreamento em usuárias com antecedentes familiares, casos agudos e, como já

descrevi, agendados pelos ACS. A supervisão e avaliação destes atendimentos são feitas principalmente pelo enfermeiro da unidade, já o cronograma de atendimento e planejamento de ações é feito por todos os integrantes da UBS. No nosso cronograma de atividades temos um tipo de atendimento para cada mês ou como falamos aqui, um mutirão no mês de novembro (novembro rosa), temos agendado um dia da semana só para fazer exclusivamente PCCU em 3 salas, participando o enfermeiro, um ginecologista que faz atendimento cada 15 dias e eu como médico da UBS. É feita orientação aos ACS para eles transmitirem a população informações sobre DST e sobre a importância do acompanhamento da saúde da mulher para prevenção e diagnóstico precoce de câncer de colo do útero e câncer de mama. Também orientamos na hora da consulta sobre a periodicidade em que devem fazer o exame citológico e também sobre a importância do autoexame de mama.

As doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência na população são a HAS e o DM. Em nossa área de abrangência existe um total de 210 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS o que representa 82% da cobertura, segundo CAP; destes, 170 estão com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico representando 81%, 198 com exames complementares periódicos em dia, representando 94% e todos os 210 receberam orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e avaliação de saúde bucal em dia, representando 100% de nossos hipertensos. Além disso, temos um total de 51 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS representando 88% da cobertura; deles, 46 estão com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico representando 90%, 39 com exames complementares periódicos em dia representando 76%, 49 com exame físico dos pés nos últimos 3 meses representando 96% e 51 com orientação sobre prática de atividade física regular, com orientação nutricional para alimentação saudável e com avaliação de saúde bucal em dia representando 100% dos diabéticos de nossa área de abrangência. Falando de nossa rotina, na nossa UBS o atendimento é realizado todos os dias da semana e, exclusivamente na sexta-feira o atendimento é exclusivo a estes usuários. Este atendimento é realizado pelo médico e enfermeiro da unidade, também prestamos atenção de casos agudos de HAS e DM todos os dias da semana, realizamos estabilização de usuários descompensados, encaminhamento a nosso hospital de referência e encaminhamento para internação e acompanhamento

destes usuários. O protocolo de atendimento que utilizamos foi fornecido pelo Ministério de Saúde no ano de 2013 (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c). Na nossa unidade, o planejamento de ações, monitoramento e avaliação são desenvolvidos pelo enfermeiro, médico e diretora da unidade, são realizadas reuniões mensalmente onde avaliamos o nosso atendimento. Na prevenção são feitas orientações e palestras para ACS falando sobre a HAS e DM, sintomas principais, estados pré-mórbidos que possam evoluir a estas doenças como obesidade, tabagismo e alcoolismo. A parte preventiva e a promoção de saúde é desenvolvida na comunidade pelos ACS, cada um na sua micro área correspondente, também são feitas palestras falando destas doenças na unidade de saúde, pelo enfermeiro, na sala de espera e na comunidade nos grupos de idosos. Na nossa área de abrangência existem 5 grupos de idosos, os quais junto com educador físico realizam caminhadas, e como experiência pessoal posso afirmar que estes grupos são bem organizados e existe uma grande vontade por parte dos grupos em desenvolver atividades. Também são feitas visitas domiciliares de usuários acamados portadores destas doenças toda quinta-feira no turno da tarde.

Referente à PESSOA IDOSA, existe um total de 286 idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS representando 100% cobertura, segundo CAP. Deles, 270 estão com realização de avaliação multidimensional rápida representando 94%, 250 com acompanhamento em dia representando 87%, deles todos os 286 receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular e avaliação de saúde bucal em dia representando 100% de nossos usuários idosos. Os atendimentos são feitos de terça a sexta-feira nos horários de manhã e da tarde, e é desenvolvido pelo enfermeiro, cirurgiã dentista e médico clínico geral. Estes usuários são atendidos de forma prioritária e também realizamos atendimento de casos agudos, desde o momento em que o usuário chega na UBS é acolhido e encaminhado para pré-consulta onde é feito uma avaliação de risco e é medida a pressão arterial e glicose capilar, logo é encaminhado à consulta médica para avaliação integral, acompanhamento de usuários idosos com HAS ou DM, entre outras doenças crônicas, como asma, bronquite crônica. É feito o diagnóstico e conduta na UBS ou agendamento de acompanhamento domiciliar, o atendimento de casos agudos é feito na sala de observação e procedimentos onde o usuário é avaliado com prioridade e estabilizado ou encaminhado para atendimento ou internação

hospitalar. Também é feito o atendimento domiciliar de usuários idosos, sejam estes acamados ou domiciliados. O protocolo de atendimento que utilizamos foi fornecido pelo ministério de saúde no ano de 2010 (BRASIL, 2010). O planejamento das ações é desenvolvido pelo enfermeiro, médico, dentista e diretora da unidade. São desenvolvidas, no âmbito da UBS e na comunidade, ações preventivas de saúde como palestras, hábitos nutricionais saudáveis, tabagismo, hipertensão e diabetes e suas complicações e também mutirões para aplicação de vacinas contra a gripe.

Concluindo com este relatório posso afirmar que a sistematicidade da análise situacional contemplada nesta nossa primeira unidade da especialização de saúde da família permitiu realizar uma ampla descrição cronológica e integral da nossa situação atual. Penso que a partir de agora poderemos desenvolver ações muito mais organizadas e seguindo um fluxo mais coerente.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparando o texto inicial sobre a situação da UBS com o relatório situacional, podemos afirmar que aconteceram mudanças, na parte de recursos humanos. A enfermeira deixou nossa UBS e continuamos com um enfermeiro igual muito eficiente, o que permitiu que nosso trabalho continuasse com a mesma intensidade, o restante de nossa equipe de trabalho continua a mesma. Não foi feita nenhum reajuste estrutural na UBS

Conseguimos aumentar o atendimento de usuários com doenças crônicas a consultas programadas, continuando doenças respiratórias como a principal causa de consulta e também as doenças diarreicas. Continuamos realizando atendimento em ordem de prioridade e necessidade de atendimento imediato, continuamos realizando palestras educativas e preventivas a grupo de idosos e hipertensos.

De forma pessoal me permitiu conhecer a situação e organização atual de nossa UBS e orientar nosso conhecimento em estratégias que possam resolver os problemas atuais de nossa UBS. Continuamos realizando atendimento em ordem de prioridade e necessidade de atendimento imediato, continuamos realizando palestras educativas e preventivas a grupo de idosos e hipertensos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM, como doença crônica, são um dos focos mais importantes na atenção básica dada a sua alta prevalência e complicações importantes. A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), doença renal terminal, entre outras. Por outro lado, a DM é considerada hoje como uma epidemia mundial constituindo em grande desafio para o sistema de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade, são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do DM em todo o mundo. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de HAS, correspondendo a 35% da população de 40 anos e mais, e esse número é crescente. Além disso, cerca de 10 milhões de pessoas apresentam DM. No Brasil, a DM junto com a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores, e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em usuários com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. Diante disso, estratégias de saúde pública são necessárias para abordagem desses fatores de risco relacionados aos hábitos e estilos de vida na atenção primária de saúde que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios pessoais e coletivos para a prevenção da HAS e DM (BRASIL, 2009).

A UBS Dr. Luiz Fernando Magalhães conta com uma população total de 3629 usuários e 1031 famílias, com uma população de 15 anos ou mais de 2501

habitantes. Atualmente contamos com 210 usuários com HAS cadastrados (82%) e 51 usuários com DM cadastrados (88%) em nossa área de abrangência. Nossa equipe está composta por um médico clínico geral, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar em saúde bucal, um técnico de vacina, oito ACS, uma recepcionista e a coordenadora. Trata-se de uma unidade muito bem estruturada, construída dentro dos parâmetros, conta com uma consulta de medicina geral, uma consulta de enfermagem, uma consulta de odontologia, uma sala de procedimentos, uma sala de procedimentos, uma sala de vacina, uma sala de nebulização, uma copa, um banheiro para usuários, um banheiro para trabalhadores de nossa unidade, uma recepção e uma sala de ACS, a qual também utilizamos como sala de reuniões; não contamos com farmácia a qual se encontra centralizada na secretaria municipal de saúde.

Referente à nossa população maior de 15 anos, os usuários com HAS representam 10,2% e os com DM representam 2,3% da população residente na área e acompanhada na UBS. As consultas dos usuários com HAS e DM são realizadas todos os dias de atendimento de segunda a sexta como atendimento por demanda espontânea e por agendamento, também consultamos estes usuários através de visitas domiciliares toda quinta-feira no turno da tarde. Realmente após cada consulta de usuários com HAS e DM agendamos consulta a cada 3 meses, caso o usuário não esteja estável e compensado; os exames complementares são solicitados uma vez por ano. Em nossa área de abrangência contamos com um grupo de idosos para os quais realizamos palestras educativas sobre hábitos saudáveis e orientamos a importância do tratamento continuado da HAS e DM e possíveis complicações do abandono do tratamento.

A nossa intervenção é importante pela alta incidência de usuários com estas doenças e a baixa cobertura dos mesmos na área de abrangência a HAS e DM. São doenças que produzem certo grau de incapacidade nestes usuários pelas complicações que produzem. Assim, esta intervenção vai a permitir pesquisa dos usuários de área que ainda não tem diagnóstico nem tratamento, evitando complicações e melhorando a qualidade de vida destes usuários. Considero que toda nossa equipe de saúde encontra-se muito bem envolvida neste projeto e com muito boas expectativas. Conto com o apoio dos ACS como pilar fundamental para a execução desta intervenção, assim como todo o restante da equipe.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM, na UBS Dr. Luiz Fernando Magalhães, Capixaba/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos para 100%.

Meta 1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 e 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4 e 2.5. Garantir 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6 e 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta 2.8 e 2.9. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos e hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área acompanhadas na UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus que faltaram à consulta.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com Diabetes residentes na área acompanhadas na UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus que faltaram à consulta.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 e 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 e 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 e 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3 e 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.5 e 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.7 e 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Dr. Luiz Fernando Magalhães, no município de Capixaba - AC. Participarão da intervenção todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos maiores de 20 anos de idade pertencentes a nossa área de abrangência.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Metas

- 1.1. Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.
- 1.2. Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Ações

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento: será realizada captação de novos hipertensos e diabéticos em nossa área de abrangência realizando trabalho em equipe com ajuda dos ACS das 8 micro áreas. Será providenciada ficha-espelho para o preenchimento e posteriormente preenchimento no livro de cadastro de cada usuário hipertenso e avaliação de forma quinzenal.

Organização e gestão do serviço

Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: será feito registro na planilha de coleta de dados para cadastro dos hipertensos e diabéticos. Além disso, os ACS farão levantamento em visita domiciliar confirmando os cadastros e repassando para a enfermagem. Será feita a escuta de forma integral do usuário e ele será orientado desde o primeiro contato sobre importância do acompanhamento da pressão e glicose capilar. Será fornecido a cada ACS um esfigmomanômetro e estetoscópio assim como será feita palestra dirigida aos ACS sobre técnica para medida da pressão arterial. O enfermeiro conjuntamente com os gestores municipais providenciará o material necessário para medir a pressão arterial a usuários hipertensos e diabéticos. Toda a equipe será responsável por essas ações.

Engajamento público

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A comunidade será orientada através de divulgação oral por parte dos ACS em seu micro áreas correspondentes e com a parceria de grupos de idosos e líderes da comunidade, através de visitas domiciliares dos ACS e visitas médicas domiciliares, através de palestras em grupos de risco tanto na comunidade como nos grupos de idosos.

Qualificação da prática clínica

Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS,

Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, a traves de palestras sobre técnica correta e uso do glicômetro capilar.

Detalhamento: essas capacitações serão feitas por meio de educação continuada e palestras educativas que serão realizadas pelo clínico geral.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Metas

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Em todas as consultas o médico irá fazer exame clínico dos usuários hipertenso e/ou diabéticos que será monitorado mediante o prontuário.

Organização e Gestão do Serviço

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento: Será definida, pelo médico em reuniões de equipe, as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos/diabéticos. Todos os meses serão planejados uma capacitação (médico e enfermeiro) dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. O médico estabelecerá periodicidade para atualização dos profissionais começando primeiro com os ACS e depois o resto da equipe. Já temos na unidade de saúde os protocolos atualizados.

Engajamento Público

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes.

Detalhamento: A equipe de saúde informará a comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes nas visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: No primeiro mês, haverá uma capacitação para equipe planejada pela enfermeira e pelo médico sobre a realização de exame clínico apropriado.

Metas

2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Em todas as consultas o médico irá fazer exame clínico minucioso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos enfatizando exames dos pés.

Organização e gestão do serviço

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés

Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento: Em todas as consultas o médico irá fazer exame clínico, incluindo o exame dos pés. No primeiro mês, o médico e enfermeiro realizarão palestra para capacitar os ACS baseados em protocolos atualizados do ministério de saúde. Os gestores conjuntamente com o enfermeiro providenciarão monofilamento 10g para exame dos pés. O enfermeiro conjuntamente com os ACS será responsável por organizar agenda para acolher os usuários previamente captados

nas micro áreas. O médico avaliará a necessidade de referenciar o usuário à atendimento especializado, se necessário.

Organização e gestão do serviço

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: O médico conjuntamente com o enfermeiro realizará palestra na comunidade orientando sobre doenças cardiovasculares e neuropatia diabética.

Engajamento público

Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: O enfermeiro e médico realizarão capacitação para toda a equipe de saúde sobre exame dos pés principalmente aos ACS para poder captar alguma lesão nos pés e o usuário ser encaminhado à consulta médica.

Metas

2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A equipe de saúde vai monitorar semanalmente o número de hipertensos/diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde através de visitas domiciliares e revisão de prontuário.

Organização e gestão do serviço

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Em todas as consultas o médico vai garantir a solicitação dos exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos. Os gestores se comprometerão garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. A equipe de saúde vai estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados e avaliar os mesmos nas reuniões da equipe mensal.

Engajamento público

Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: A equipe de saúde informará a comunidade quanto à necessidade e periodicidade de realização de exames complementares, através das visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação para equipe planejada pelo enfermeiro e pelo médico para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde referente à solicitação de exames complementares.

Metas

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Em todas as consultas, o médico vai monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia com o apoio do ACS e enfermeiro.

Organização e gestão do serviço

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.

Detalhamento: A administrativa e a técnica de enfermagem realizarão o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos mensal. A administrativa e a técnica de enfermagem desenvolverão um registro atualizado das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Engajamento público

Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: A equipe de saúde informará a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, através das visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

Qualificação da prática clínica

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico atualizará a equipe quanto ao tratamento da hipertensão e da diabetes. Faremos uma preparatória para a equipe planejada pela enfermeira e médico para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Metas

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Em todas as consultas a dentista vai fazer um registro dos hipertensos/diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes;

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: A dentista vai ampliar o número das consultas na semana para os usuários diabéticos e hipertensos. A odontóloga e a auxiliar de saúde bucal irão organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos/diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Engajamento público

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento: A equipe de saúde informará a comunidade, nas visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A dentista e o auxiliar de saúde bucal irá treinar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/diabéticos

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas

3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o cumprimento de periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: O médico, enfermeiro e os ACS anotarão nos registros, planilhas e prontuários dos hipertensos e diabéticos quem tem acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas.

Organização e Gestão do Serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Garantir em reunião da equipe que médico, enfermagem e ACS irão fazer visitas domiciliares para procurar os hipertensos e diabético faltosos à consulta. As consultas serão planejadas e organizadas a fim de acolher os atendimentos provenientes das visitas domiciliares.

Engajamento Público

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer as pessoas com hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A equipe de saúde informará a comunidade sobre a importância de realização das consultas, através de visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos. ACS, médicos e enfermeiro, em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção, escutarão a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão/diabetes. Também aproveitaremos as reuniões com o Conselho de Saúde da Comunidade. Através de palestra na comunidade e em visitas domiciliares serão esclarecidos aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Todos os meses será dada uma preparatória para ACS planejada pelo enfermeiro e médico sobre a prioridade das consultas de hipertensos e diabéticos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações**Metas**

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Ações**Monitoramento e Avaliação**

Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS todos os meses.

Detalhamento: O médico, enfermeiro e os ACS anotarão nos registros, planilhas e prontuários dos hipertensos e diabéticos que tem acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, também os que ainda precisam cadastrar-se.

Organização e Gestão do Serviço

Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: O médico, enfermeiro e ACS alimentarão as informações do SIAB mensal. O médico, enfermeiro e os ACS anotarão nos registros, ficha de acompanhamento e prontuários dos hipertensos e diabéticos a periodicidade das consultas programadas. O médico, enfermeira e os ACS, em pacto unido, anotarão nos registros todas as informações dos hipertensos e diabéticos. Os ACS farão um registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos-alvo e ao estado de compensação da doença.

Engajamento Público

Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Essa ação vai acontecer todos os meses, daremos uma preparatória planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também serão feitas ações com a comunidade todos os meses sobre seus direitos.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensas e diabéticas.

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Todos os meses será realizada uma capacitação planejada pelo enfermeiro e grupo municipal de promoção de saúde para treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético. O médico e enfermeiro treinarão a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas mensais.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O médico, enfermeiro e os ACS anotarão nos registros, planilhas, prontuários e mapa das pessoas hipertensas e diabéticas quem tem maior risco de morbimortalidade, acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas

Organização e Gestão do Serviço

Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão avaliadas como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: O médico realizará duas consultas por mês para priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. O médico organizará a agenda almejando o aumento das consultas semanais para o atendimento destes usuários.

Engajamento Público

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: O médico, ACS e enfermeiro, informarão a população em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Todos os meses será realizada uma capacitação planejada pela enfermeira e médico, a fim de treinar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos-alvo. Todos os meses terá uma preparatória planejada pelo enfermeiro para treinar a equipe para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas

6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será realizado monitoramento e orientações nutricionais aos hipertensos e diabéticos, durante as consultas pelo médico e enfermeiro.

Organização e gestão do serviço

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão reuniões com grupo de hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável uma vez por mês. O médico em conjunto com o gestor demandará parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Engajamento público

Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: O médico, ACS e enfermeiro informarão aos hipertensos/diabéticos e seus familiares em consultas e visitas domiciliares sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Todos os meses haverá uma capacitação planejada pelo enfermeiro e médico para treinar a equipe de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Todos os meses haverá uma capacitação planejada pelo médico para treinar a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Metas

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Serão definidos os papéis de cada membro da equipe referente às ações para atividade física regular aos hipertensos/diabéticos e a realização das orientações deverá ser registrada pela enfermeira para monitoramento.

Organização e gestão do serviço

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: O médico e enfermeiro em reuniões do grupo com hipertensos e diabéticos orientará sobre importância de atividade física uma vez por mês. O médico em conjunto com o gestor demandará parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Engajamento público

Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.

Orientar pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: O médico, ACS e enfermeiro informarão a hipertensos/diabéticos e a comunidade em consultas, visitas domiciliares sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Todos os meses ocorrerão uma capacitação planejada pela enfermeira para treinar a equipe de saúde sobre a promoção da prática de atividade

física regular. Todos os meses ocorrerão uma capacitação planejada pelo médico para treinar a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Metas

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Serão definidos os papéis de cada membro da equipe referente às ações sobre riscos do tabagismo aos hipertensos/diabéticos e a realização das orientações deverá ser registrada pela enfermeira para monitoramento.

Organização e gestão do serviço

Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: o médico e enfermeiro serão encarregados de demandar ao gestor adesão ao programa de controle do tabagismo.

Engajamento público

Orientar as pessoas com hipertensão tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Essa orientação será dada nas consultas e também em palestras, por parte do médico e enfermeiro. E na comunidade pelos ACS.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Todos os meses ocorrerão uma capacitação planejada pelo médico para treinar a equipe de saúde sobre o tratamento de usuários tabagistas. Todos os meses ocorrerá uma capacitação planejada pela médico para treinar a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Metas

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Serão definidos os papéis de cada membro da equipe referente às orientações sobre higiene bucal aos hipertensos/diabéticos, e a realização das orientações deverá ser registrada pela dentista e auxiliar de dentista para monitoramento.

Organização e gestão do serviço

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: O dentista organizará o tempo médio para realizar exame bucal a todos os usuários hipertensos e diabéticos em consultas ou visitas domiciliares, com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público

Orientar as pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: A equipe de saúde orientará os hipertensos/diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal em consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: O dentista e auxiliar do dentista treinarão a equipe de saúde para oferecer orientações de higiene bucal mensal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do Programa de atenção a Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3 Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Indicador 2.8. Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Indicador 2.9. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção das pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada

Indicador 3.2. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional. Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre nutricional.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para o atendimento dos usuários com HAS e/ou DM será adotado como protocolo o Caderno de Atenção Básica a Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério de Saúde do ano de 2013 (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c). Nossa Equipe de Saúde da Família vai fazer uma reunião de equipe semanalmente para discutir as deficiências encontradas na semana anterior e reprogramarmos para a recuperação de todas as ações planejadas que ficaram pendentes, sobretudo os usuários faltosos às consultas, exames de laboratório pendentes, odontológicos, e será realizada uma programação de usuários diabéticos e hipertensos da nossa área de abrangência que serão atendidos na semana seguinte, tanto em consultas como em visitas domiciliares. Esta reunião semanal tem como objetivo avaliar e realizar o Registro específico de cada usuário que será digital com todos os dados necessários do usuário como nome, endereço, idade, IMC, peso, altura, entre outros. Assim nos dará uma ideia real e concreta sobre a atual situação da qualidade de registro ou prontuário.

Como instrumento utilizaremos a planilha de coleta de dados para cadastrar cada usuário registrado e a ficha-espelho aderida em cada prontuário clínico com dados atualizados de cada usuário. As palestras serão desenvolvidas no local utilizado pelo grupo de idosos e hipertensos para desenvolver suas atividades. Este local conta com equipamento de áudio, cadeiras, mesa e utilizaremos um notebook de nossa UBS. As apresentações serão feitas pelo médico e enfermeiro usando linguagem adequada para nossos usuários.

Até agora temos tido várias dificuldades, entre elas a pontualidade e assistência do usuário em relação às consultas agendadas, tanto médica e odontológica e demora para a realização dos exames complementares.

Nossas visitas domiciliares junto com o enfermeiro e ACS serão realizadas a cada semana nas quintas-feiras, vamos informar aos usuários de nossa comunidade sobre a existência do programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes, explicar a importância de medir a pressão arterial a partir de 18 anos pelo menos uma vez por ano, e das complicações importantes produto a estas doenças, orientaremos a comunidade sobre o rastreamento para DM com pressão arterial maior de 135/80mmhg, além de orientar sobre fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Para atingir nossas metas, relacionadas a este programa, estamos capacitando os ACS para verificação da pressão arterial e medição da glicose de forma criteriosa, realizando uma prática para uso ótimo de instrumentos apropriados.

Na reunião, com a nossa Equipe de Saúde, estimularemos a busca ativa dos usuários faltosos e orientação a estes para a realização dos exames complementares. Cada ACS vai ter a responsabilidade de exigir que os usuários apresentem os exames na consulta médica, e de exigir a presença de nossos usuários as palestras educativas.

Para poder monitorar os usuários hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, em consultas e visitas domiciliares, serão encaminhados ao odontólogo, conforme acordo na reunião de equipe com nossa odontóloga da unidade, para que haja uma avaliação de suas necessidades, através do agendamento na UBS. Também, a comunidade será orientada sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal uma vez por ano pelo menos. O nosso trabalho será focado no propósito da prevenção de problemas e complicações que poderão surgir, por isso, as palestras são muito importantes para que o usuário se cuide e realize um tratamento correto, explicaremos sobre a maneira correta do uso do fio dental, correta da escovação e uso de flúor.

2.3.4 Cronograma

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Nosso projeto de intervenção foi referente à HAS e/ou DM, realmente foi eleito não só por mim, mas também foi consultado com toda minha equipe de saúde e estávamos cientes de que existiam muitos hipertensos e diabéticos sem cadastro e sem tratamento regular, uma das maiores facilidades foram os bons laços entre nossa UBS e agrupações sociais (grupo de idosos, grupo de hipertensos e igrejas). No início fizemos uma reunião junto com os ACS e foi solicitado um levantamento atual do número de hipertensos e diabéticos da cada micro área, para iniciar cadastro destes usuários começando do zero, e atualizando na ficha-espelho a medicação atualizada, estes foram incluídos a cada prontuário para melhor acompanhamento da medicação de cada usuário. Realizamos primeiramente orientações aos ACS referente ao preenchimento da ficha-espelho e para que orientassem e incentivassem os usuários de cada micro área contemplada em nossa área de abrangência a realizar a aferição da pressão arterial e orientassem os hipertensos orientações sobre a importância do tratamento regular e acompanhamento médico na UBS. Realmente, após as orientações, os usuários tiveram mais iniciativa em realizar acompanhamento médico e os usuários faltosos e com exames hematológicos atrasados se apresentaram às consultas, foi muito gratificante ver que estes usuários estavam respondendo e mostrando interesse por cuidar de sua saúde e melhorar seu estilo de vida.

A partir desse momento agendamos 2 visitas ao grupo de idosos as quais foram realizadas e realizamos visita junto com o enfermeiro e ACS, fornecemos orientações referente à doença vascular periférica, hipertensão arterial, diabetes, importância do tratamento regular e possíveis complicações ao não uso de

anti-hipertensivos ou hipoglicemiantes quando indicado pelo médico, foi solicitado exames complementares aos usuários faltosos e foi feito agendamento de consulta para todos os que foram avaliados de forma minuciosa. Outra atividade realizada foi uma palestra na micro área 4 no centro de nosso município por motivo que aqui tem o maior índice de hipertensos e diabéticos. Na palestra foi orientado sobre a importância de uma dieta saudável e prática de atividade física e suas repercussões positivas em nosso organismo, também foi feita palestra ao grupo do tabagismo orientando sobre os efeitos negativos do cigarro na diabetes e hipertensão e, de forma geral, na saúde. Também fizemos visitas domiciliares toda as quintas-feiras com uma média de 16 atendimentos, o qual foi possível pela ajuda da secretaria municipal de saúde que ajudou muito com o transporte.

Uma dificuldade encontrada foi que atualmente não estão fazendo exames complementares em nosso município, então os usuários tinham que ser deslocados ao município mais próximo (40 quilômetros) para fazer estes exames, o que demorava a entrega dos exames. Outra dificuldade foi ao realizar o encaminhamento dos usuários com risco cardiovascular elevado, pois não tínhamos uma resposta ou avaliação por especialista a curto prazo, o que gerava algum desconforto do usuário.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As ações foram desenvolvidas por parte de todos os trabalhadores de nossa UBS, principalmente dos ACS e da gestão municipal, que foram o pilar fundamental para a execução deste projeto de intervenção. Trabalhamos com responsabilidade e sempre guiados por nosso cronograma. A maior dificuldade no início foi o transporte as microáreas mais distantes por falta de carro, mas no segundo mês de nossa intervenção a secretária municipal de saúde designou um carro para os dias de segunda pela manhã e quinta-feira nos turnos da manhã e tarde para captação dos usuários na comunidade, por outra parte foi disponibilizado materiais como papel e impressora para imprimir as fichas-espelhos. Podemos afirmar que todas as ações previstas foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início houve algumas dúvidas por parte dos ACS em relação ao preenchimento da ficha-espelho, mas sempre foram esclarecidas as dúvidas no período dessas 12 semanas. Nada de importância relevante.

Agora no preenchimento da planilha de coleta de dados tive algum problema no final ou erros de digitação, mas já foi resolvido e atualmente a planilha encontra-se atualizada e com os indicadores apresentados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Desde o início do meu atendimento nesta UBS sinto muita gratidão de poder trabalhar com uma equipe tão trabalhadora e responsável, onde fizemos desde o início bons laços e tivemos objetivos em comum, como melhorar o atendimento fazendo ele mais humanizado. Por outro lado, não tinha organização na parte logística, o atendimento com o médico antes da chegada do Mais Médicos era somente feito 3 dias por semana, e com o enfermeiro todos os dias. Não tinha nenhum grupo de hipertensos, nem se realizavam visitas domiciliares. Atualmente mudamos isso, temos um cronograma de atendimento na semana onde as consultas são de demanda espontânea mas com prioridades por dia, por exemplo, nas quartas tem prioridade hipertenso e diabético nas terças, e nas quintas tem prioridade o pré natal e a puericultura, e assim tudo passou a ser mais organizado.

Agora desde a implementação deste projeto de intervenção, tanto para mim como para a toda a equipe está sendo e será uma experiência muito boa poder desenvolver um projeto e toda sua logística e a partir daí desenvolver um plano de ações, e o mais importante obter boa resposta pela comunidade. Assim, posso afirmar que com certeza todos nós vamos continuar com o mesmo objetivo e quem sabe ir implementando projetos em outras ações programáticas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A UBS Dr. Luiz Fernando Magalhães atualmente tem uma população de 3629 habitantes. Esta UBS iniciou trabalho com equipe completa a partir da inserção do Programa Mais Médicos. Iniciamos a nossa intervenção que foi sobre HAS e DM. A coleta de dados foi realizada durante 12 semanas, onde foi cadastrado um total de 341 usuários com HAS e 60 usuários com DM. Os quais foram acompanhados de forma sistemática.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos para 100%.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial na unidade de saúde Dr. Luiz Fernando Magalhães.

Indicador 1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Dr. Luiz Fernando Magalhães.

Na UBS antes de nossa intervenção tinham poucos cadastros de usuários com HAS, a partir do nosso trabalho em conjunto conseguimos cadastrar 341 usuários com HAS o que representa 61,8% da estimativa de hipertensos em nossa área de abrangência no período de 3 meses. A estimativa segundo planilha de coleta de dados é de 552.

Conseguimos aumentar o número de consultas por semana para hipertensos e informamos a população da importância de sua participação no acompanhamento mensal na unidade, sobre o projeto de intervenção realizado na unidade de saúde e os benefícios do mesmo.

No primeiro mês cadastramos 91 usuários com HAS o que representa 16,5%, no segundo mês de intervenção alcançamos 232 cadastros o que representa 42%, e no terceiro mês alcançamos o total de 341 cadastros representando 61% do total de hipertensos correspondente a nossa área de abrangência (Figura 1).

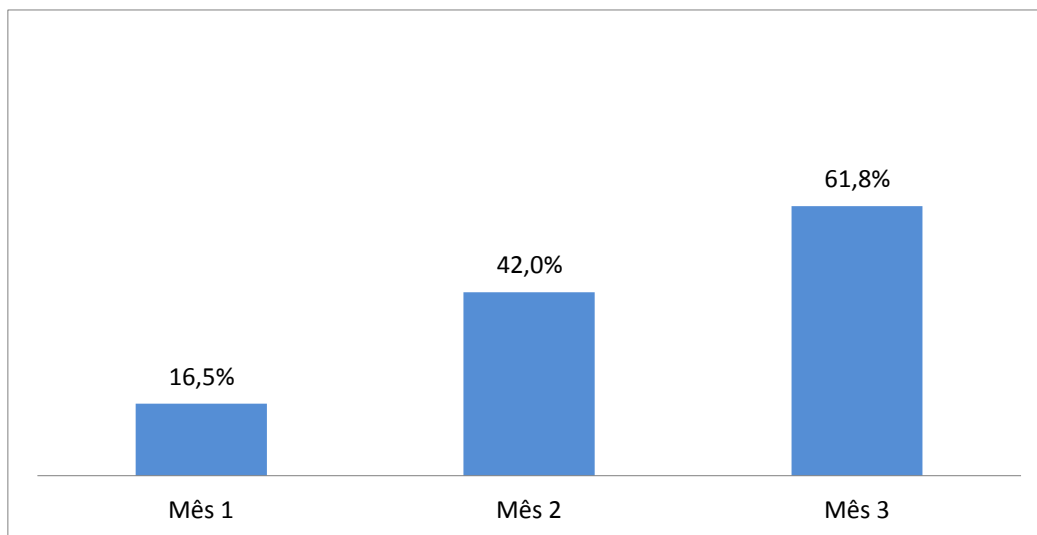


Figura 1. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Dr. Luiz Fernando Magalhães.

Meta 1.2 Cadastrar 100% de diabéticos da área de abrangência no Programa de Diabetes Mellitus da unidade de saúde Dr. Luiz Fernando Magalhães.

Indicador 1.2 Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Dr. Luiz Fernando Magalhães.

Na UBS antes de nossa intervenção tinham poucos cadastros de usuários com DM, a partir do nosso trabalho em conjunto conseguimos cadastrar 60 usuários com DM o que representa 44,1% da estimativa de diabéticos em nossa área de abrangência no período de 3 meses. A estimativa segundo planilha de coleta de dados é de 136. Nossa equipe fez um registro dos nomes dos diabéticos para conhecer os diabéticos já cadastrados. A quantidade de diabéticos foi de 60.

No primeiro mês cadastramos 18 usuários com DM representando 13,2%, no segundo mês alcançamos 50 cadastros o que representa 36,8% e no terceiro mês de intervenção alcançamos o total de 60 usuários com DM o que representa 44,1% dos diabéticos de nossa área de abrangência (Figura 2).

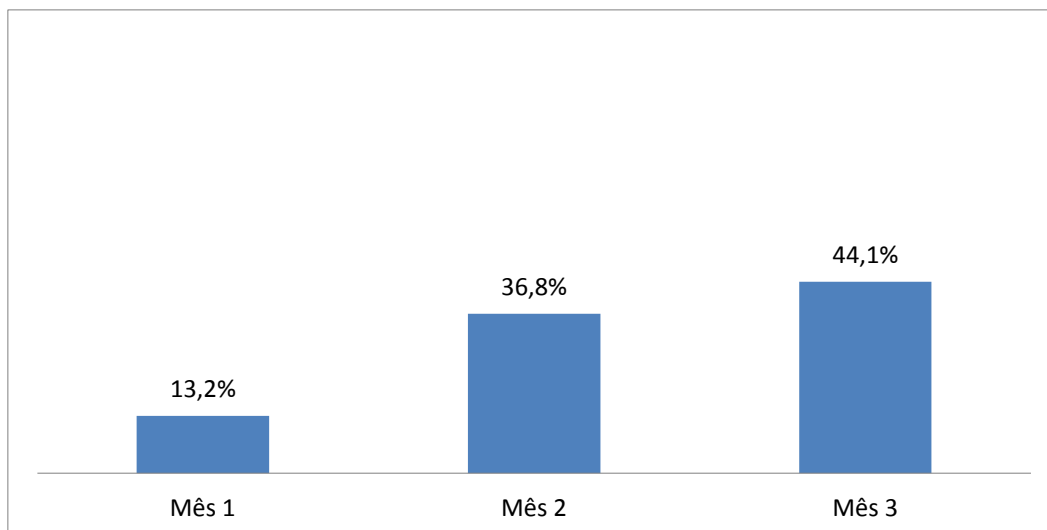


Figura 2. Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Dr. Luiz Fernando Magalhães.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos da unidade de saúde Dr. Luiz Fernando Magalhães

Indicador 2.1 Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

O início nossa intervenção para a família e a comunidade foi de importância e uma experiência nova e com uma relação mais próxima da equipe de saúde. Foi difícil fazer entender que tinham que assistir as consultas agendadas para controle de sua doença como estabelece o ministério de saúde. Treinamos a equipe de saúde para informar a comunidade do projeto e a importância de prevenir e tratar estas doenças.

Durante nossa intervenção conseguimos realizar exame clínico em dia a 100% de nossos usuários com HAS cadastrados, o que representa 341 usuários. No primeiro mês um total de 91 usuarios, no segundo mês 232 usuários e no terceiro mês 341, representando 100% dos usuários com HAS.

Meta 2.2 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos da unidade de saúde Dr. Luiz Fernando Magalhães.

Indicador 2.2 Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Durante nossa intervenção conseguimos um exame clínico em dia a 100% de nossos usuários com DM cadastrados, o que representa 60 usuários. No primeiro mês um total de 18 usuários, no segundo mês 50 usuários e no terceiro mês 60 representando o 100% dos usuários com DM. Para atingir nossa meta treinamos a equipe de saúde para informar a comunidade do projeto, e a importância de prevenir e tratar estas doenças bem como evitar complicações, além disso planejamos as consultas dos diabéticos por meses.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3 Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Do total de 60 usuários com DM, 100% deles têm exame dos pés em dia, avaliados na consulta médica. Para atingir nossa meta, foi de importância o exame físico completo e minucioso, para isto foi importante as orientações feitas por nosso ACS sobre neuropatias periféricas e cuidado dos pés.

Durante nossa intervenção conseguimos exame dos pés em dia a 100% de nossos usuários com DM cadastrados, o que representa 60 usuários. No primeiro mês um total de 18 usuários, no segundo mês 50 usuários e no terceiro mês 60 representando o 100% dos usuários com DM.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Dr. Luiz Fernando Magalhães.

Indicador 2.4 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A realização dos exames complementares aos usuários com HAS em dia de acordo com o protocolo foi realizada a 100% deles, na primeira consulta onde foi realizado o cadastro também foi solicitado seus respectivos exames complementares. Porém, existe dificuldade com a demora de entrega dos resultados, atualmente a secretaria de saúde do nosso município com nossa gestora estão condicionando uma sala para coleta das amostras e envio destas de forma conjunta para transporte e entrega do resultado no município o qual vai ser muito favorável e mais rápido a interpretação destes resultados. Por outra parte nossos

ACS realizaram ações que visaram capacitar a equipe para ofertar informações sobre a periodicidade e importância da realização dos exames de laboratório em dia aos usuários hipertensos.

Durante nossa intervenção conseguimos a realização de exames complementares em dia a 100% de nossos usuários com HAS cadastrados, o que representa um total de 341 usuários. No primeiro mês um total de 91 usuários, no segundo mês 232 usuários e no terceiro mês 341, representando 100% dos usuários com HAS.

Meta 2.5 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5 Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A realização dos exames complementares aos usuários com DM em dia de acordo com o protocolo foi realizada a 100% deles, na primeira consulta onde foi realizado o cadastro também foi solicitado seus respectivos exames complementares. Porém, existe dificuldade com a demora de entrega dos resultados, atualmente a secretaria de saúde do nosso município com nossa gestora estão condicionando uma sala para coleta das amostras e envio destas de forma conjunta para transporte e entrega do resultado no município o qual vai ser muito favorável e mais rápido a interpretação destes resultados. Por outra parte nossos ACS realizaram ações que visaram capacitar a equipe para ofertar informações, sobre a periodicidade e importância da realização dos exames de laboratório em dia aos usuários Diabéticos.

Durante nossa intervenção conseguimos a realização de exames complementares em dia a 100% de nossos usuários com DM cadastrados, o que representa um total de 60 usuários. No primeiro mês um total de 18 usuários, no segundo mês 50 usuários e no terceiro mês 60 representando 100% dos usuários com DM.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.6 Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Todos (100%) os nossos usuários com HAS cadastrados em nossa área de abrangência e incluídos em nossa intervenção tomam medicamentos da farmácia popular, sempre pude verificar que todos estavam disponíveis para usuários hipertensos, entre os medicamentos mais usados estão a losartana potássica (50mg), captopril (25mg), propranolol (40mg). A secretaria de saúde de nosso município disponibiliza estes medicamentos, até o momento, sem nenhuma dificuldade. O cumprimento desta meta influenciou muito as atividades preventivas desenvolvidas pelos ACS, ressaltando a importância do uso dos medicamentos de forma regular para evitar possíveis complicações e melhorar a qualidade de vida.

Durante nossa intervenção conseguimos prescrever medicamentos da farmácia popular a 100% de nossos usuários com HAS cadastrados. No primeiro mês a um total de 91 usuários, no segundo mês 232 usuários e no terceiro mês 341, representando 100 % dos usuários com HAS.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.7 Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Todos (100%) os nossos usuários com DM cadastrados em nossa área de abrangência e incluídos em nossa intervenção tomam medicamentos da farmácia popular, sempre pude verificar que todos estavam disponíveis para usuários diabéticos, entre os medicamentos mais usados estão a glibenclamida (5mg), metformina (750mg) e insulina NPH. A secretaria de saúde de nosso município disponibiliza estes medicamentos, até o momento, sem nenhuma dificuldade. O cumprimento desta meta influenciou muito as atividades preventivas desenvolvidas pelos ACS, ressaltando a importância do uso dos medicamentos de forma regular para evitar possíveis complicações e melhorar a qualidade de vida.

Durante nossa intervenção conseguimos prescrever medicamentos da farmácia popular a 100% de nossos usuários com DM cadastrados, o que representa um total de 60 usuários. No primeiro mês a um total de 18 usuários, no segundo mês 50 usuários e no terceiro mês 60 representando 100% dos usuários com DM.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.8 Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No início da intervenção eram poucas as consultas odontológicas para os usuários hipertensos, a equipe odontológica não tinha definido consultas para estes grupos de usuários e eles não assistiam à consulta para seguimento. Durante a intervenção demos palestras aos hipertensos e diabéticos sobre a importância da consulta odontológica como uma forma de acompanhar a saúde bucal. É importante que os usuários saibam que o exame clínico odontológico é imprescindível porque permite avaliar as condições particulares de cada usuário, como atuar para conseguir melhores resultados em saúde bucal.

Durante nossa intervenção conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% de nossos usuários com HAS cadastrados. No primeiro mês um total de 91 usuários, no segundo mês 232 usuários e no terceiro mês 341, representando 100 % dos usuários com HAS.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.9 Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No início da intervenção eram poucas as consultas odontológicas para os usuários diabéticos, a equipe odontológica não tinha definido consultas para estes grupos de usuários e eles não assistiam à consulta para seguimento. Durante a intervenção demos palestras aos hipertensos e diabéticos sobre a importância da consulta odontológica como uma forma de acompanhar a saúde bucal. É importante que os usuários saibam que o exame clínico odontológico é imprescindível porque permite avaliar as condições particulares de cada usuário, como atuar para conseguir melhores resultados em saúde bucal.

Durante nossa intervenção conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% de nossos usuários com DM cadastrados, o qual o representa um total de 60 usuários. No primeiro mês um total de 18 usuários, no segundo mês 50 usuários e no terceiro mês 60 representando 100% dos usuários com DM.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas com busca ativa.

Antes da intervenção já tínhamos iniciado as consultas de controle aos hipertensos e diabéticos como parte de medicina preventiva, mas não fazíamos busca dos usuários faltosos às consultas. O começo da intervenção foi de muita ajuda para conhecer a importância da busca dos hipertensos faltosos às consultas. Um jeito de monitorar adequadamente estes usuários é fazer visitas domiciliares aos usuários com busca ativa de faltosos à consulta. Esta busca foi de importância para a comunidade porque poderíamos acompanhar os hipertensos de nossa área de abrangência, planejando a próxima data da consulta e ressaltar a importância das atividades preventivas desenvolvidas pelos ACS que aderiu mais os usuários a nosso serviço.

Durante nossa intervenção conseguimos permanecer em 0% de proporção de usuários com HAS faltosos a consulta, o que mostra a boa aderência destes usuários a nossa intervenção e a boa promoção de saúde feita pelos ACS. No primeiro mês 0 usuários, no segundo mês 0 usuários e no terceiro mês 0.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de pessoas com diabetes faltosos às consultas com busca ativa.

Devido à boa aderência dos usuários ao nosso projeto de intervenção, este indicador ficou em 0%, também pela boa captação destes usuários desenvolvidas pelos ACS, enfermeiro e médico em cada micro área correspondente a nossa área de abrangência. No primeiro mês 0 usuários, no segundo mês 0 usuários e no terceiro mês 0.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para poder cumprir a meta foram realizadas orientações e treinamento sobre preenchimento dos dados das fichas de acompanhamento, buscando, dentro do possível, monitorar a qualidade dos registros de usuários hipertensos e/ou diabéticos. Antes da intervenção não tínhamos fichas-espelhos, no mesmo prontuário preenchíamos todas as informações necessárias dos hipertensos e diabéticos. Nas primeiras semanas tivemos dificuldades com as fichas-espelhos, tínhamos poucas, porém com ajuda do gestor conseguimos ter o material suficiente para o adequado cumprimento de nossa meta.

Na sala de acolhimento da unidade a técnica de enfermagem e os ACS preenchiam os dados gerais na ficha-espelho. Já na consulta médica, após o exame físico e anamnese, preenchíamos os outros dados até que as fichas-espelhos ficassem completamente preenchidas.

Durante nossa intervenção conseguimos realizar adequado registros nas fichas de acompanhamento a 100% de nossos usuários com HAS cadastrados, No primeiro mês um total de 91 usuários, no segundo mês 232 usuários e no terceiro mês 341, representando 100% dos usuários com HAS.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2 Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

De um total de 60 usuários com DM, 100% deles encontram-se com fichas de acompanhamento e registro atualizado, o preenchimento destes dados foi realizado baseados nos prontuários clínicos destes usuários, na pré-consulta e consulta médica, acima estão descritas as medidas que foram desenvolvidas para o registro adequado dos usuários com HAS conjuntamente com os diabéticos.

Durante nossa intervenção conseguimos realizar adequado registros nas fichas de acompanhamento a 100% de nossos usuários com DM cadastrados, o que o representa um total de 60 usuários cadastrados. No primeiro mês um total de 18 usuários, no segundo mês 50 usuários e no terceiro mês 60 representando 100% dos usuários com DM.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico.

Para atingir esta meta fizemos o monitoramento da qualidade dos registros de usuários hipertensos e avaliação de riscos de cada um deles, que receberam orientações sobre sinais de alerta para as duas doenças, todos receberam também orientação sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes que foram acompanhados na unidade de saúde e nas visitas domiciliares. Foi realizada a capacitação de todos os profissionais da equipe de saúde da unidade de saúde sobre avaliação de risco a todos os usuários para estas doenças e possíveis modificações e orientou-se sobre a prevenção de complicações.

Os usuários de maior risco de complicações foram classificados, sendo estabelecido um acompanhamento diferenciado, priorizando as vagas para realizar exames e atendimento clínico em nossa unidade. Usuários nesta comunidade migram frequentemente, esta foi a causa pela qual no final não foi possível cumprir a meta de cobertura, pois alguns usuários hipertensos e diabéticos cadastrados não estão mais em nossa área de saúde.

Durante nossa intervenção conseguimos realizar estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia a 100% de nossos usuários com HAS cadastrados, No primeiro mês um total de 91 usuários, no segundo mês 232 usuários e no terceiro mês 341, representando o 100 % dos usuários com HAS.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2 Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Para atingir esta meta foi realizada a capacitação de todos os profissionais da equipe de saúde da unidade de saúde sobre avaliação de risco a todos os usuários para estas doenças e possíveis modificações e orientou-se sobre a prevenção de complicações. Os usuários de maior risco de complicações foram classificados, sendo estabelecido um acompanhamento diferenciado, priorizando as vagas para realizar exames e atendimento clínico em nossa UBS.

Durante nossa intervenção conseguimos realizar estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia a 100% de nossos usuários com DM cadastrados, o que representa um total de 60 usuários. No primeiro mês um total de 18 usuários, no segundo mês 50 usuários e no terceiro mês 60 representando 100% dos usuários com DM.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Para atingir esta meta, realizamos ações de promoção e prevenção de saúde junto à comunidade com o objetivo de esclarecer a importância destas duas doenças crônicas, de seus fatores de risco e a relação com a alimentação. Ao longo de toda a intervenção se ofereceram medidas para modificar e combater os fatores de risco destes grupos de usuários, fizeram-se atividades em grupos de hipertensos e/ou diabéticos, falando sobre alimentação saudável, realizando atividades de promoção de saúde com o objetivo de diminuir as doenças e complicações na comunidade, palestras educativas e prática de exercícios físicos, incentivamos a participação ao grupo de hipertenso e grupo da terceira idade.

Lamentavelmente no município não contamos com nutricionista no NASF, mas mesmo assim nos capacitamos e procuramos a informação necessária para esclarecimento das dúvidas de nossa comunidade.

Durante nossa intervenção conseguimos realizar orientação nutricional sobre alimentação saudável como prevenção de saúde a 100% de nossos usuários com HAS cadastrados, no primeiro mês um total de 91 usuários, no segundo mês 232 usuários e no terceiro mês 341, representando 100 % dos usuários com HAS.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2 Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Para cumprir nossa meta, realizamos ações de promoção e prevenção de saúde junto à comunidade com o objetivo de esclarecer a importância destas duas doenças crônicas, de seus fatores de risco e a relação com a alimentação.

Durante nossa intervenção conseguimos realizar orientação nutricional sobre alimentação saudável como prevenção de saúde a 100% de nossos usuários com DM cadastrados, o que representa um total de 60 usuários. No primeiro mês um total de 18 usuários, no segundo mês 50 usuários e no terceiro mês 60 representando 100% dos usuários com DM.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos

Indicador 6.3 Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Para alcançar esta meta realizamos orientações a equipe de saúde sobre as atividades físicas para promover a este grupo de usuários e que as condições que poderia fazer cada um deles, bem como foram realizadas atividades de grupos com hipertensos e diabéticos diretamente com o professor de educação física, atividades estas que motivaram ainda mais a interação da equipe de saúde e comunidade em geral.

Durante nossa intervenção conseguimos realizar orientação sobre a prática de atividade física regular como prevenção de saúde a 100% de nossos usuários com HAS cadastrados, no primeiro mês um total de 91 usuários, no segundo mês 232 usuários e no terceiro mês 341, representando 100% dos usuários com HAS.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4 Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

Para alcançar esta meta realizamos orientações a equipe de saúde sobre as atividades físicas para promover a este grupo de usuários e que as condições que poderia fazer cada um deles, bem como foram realizadas atividades de grupos com hipertensos e diabéticos diretamente com o professor de educação física, atividades estas que motivaram ainda mais a interação da equipe de saúde e comunidade em geral.

Durante nossa intervenção conseguimos realizar orientação sobre a prática de atividade física regular como prevenção de saúde a 100% de nossos usuários com DM cadastrados, o que representa um total de 60 usuários. No primeiro mês um total de 18 usuários, no segundo mês 50 usuários e no terceiro mês 60 representando 100% dos usuários com DM.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5 Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Para atingimos esta meta, realizamos ações de promoção e prevenção de saúde junto à comunidade com o objetivo de informar e conscientizar, especialmente este grupo de usuários, sobre os riscos associados ao hábito de fumar e estas doenças. Destes usuários um total de 14 estão aderidos ao programa de luta contra o tabagismo e estão com tratamento com BUPROPIONA (150mg) e acompanhamento regular na UBS.

Durante nossa intervenção conseguimos realizar orientação sobre o risco do tabagismo como prevenção de saúde a 100% de nossos usuários com HAS cadastrados. No primeiro mês um total de 91 usuários, no segundo mês 232 usuários e no terceiro mês 341, representando 100 % dos usuários com HAS.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6 Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Para atingimos esta meta, realizamos ações de promoção e prevenção de saúde junto à comunidade com o objetivo de informar e conscientizar, especialmente este grupo de usuários, sobre os riscos associados ao hábito de fumar e estas doenças. Destes usuários um total de 3 estão aderidos ao programa de luta contra o tabagismo e estão com tratamento com BUPROPIONA (150mg) e acompanhamento regular na UBS.

Durante de nossa intervenção conseguimos realizar orientação sobre o risco do tabagismo como prevenção de saúde a 100% de nossos usuários com DM cadastrados, o qual o representa um total de 60 usuários, No primeiro mês um total

de 18 usuários, no segundo mês 50 usuários e no terceiro mês 60 representando 100% dos usuários com DM.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7 Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal

No início da intervenção eram poucas as consultas odontológicas para os usuários hipertensos, eles só assistiam quando estavam com alguma dor aguda e não para controle e acompanhamento de saúde bucal. Foi desenvolvida ações de prevenção conjuntamente com nossa equipe odontológica que realizou um trabalho muito eficiente para alcançar este indicador, e incentivamos os usuários a fazer seu acompanhamento regular para assim evitas problemas agudos que possam causar mal-estar, e evitar tratamentos definitivos como extrações de peças dentárias. Neste sentido, a intervenção melhorou muito a saúde bucal de nossa área de abrangência.

Durante nossa intervenção conseguimos realizar orientação sobre higiene bucal a 100% de nossos usuários com HAS cadastrados. No primeiro mês um total de 91 usuários, no segundo mês 232 usuários e no terceiro mês 341, representando 100 % dos usuários com HAS.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos

Indicador 6.8 Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

De um total de 60 usuários com DM foram realizadas a 100% deles ações relacionadas à saúde bucal e foi priorizado o atendimento destes usuários com nossa equipe de saúde bucal e agendado acompanhamento regular da mesma forma que os usuários com HAS.

Durante nossa intervenção conseguimos realizar orientação sobre higiene bucal o 100% de nossos usuários com DM cadastrados, o que o representa um total de 60 usuários, No primeiro mês um total de 18 usuários, no segundo mês 50 usuários e no terceiro mês 60 representando 100% dos usuários com DM.

4.2 Discussão

Nossa UBS Dr. Luiz Fernando Magalhães tem uma população total de 3629, nossa área de abrangência e está dividida em 8 micro áreas. Nossa equipe está composta por um médico clínico geral, 8 ACS, um enfermeiro, uma dentista e auxiliar da dentista, um técnico de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais, e coordenadora da UBS.

Realmente nosso projeto de intervenção foi realizado com toda a equipe de saúde e ajuda importante de nossa gestora do município. Com esta intervenção direcionada aos usuários hipertensos e diabéticos, conseguimos aumentar a nossa cobertura de atenção integral, além de trazer melhorias relacionadas a qualidade do cuidado em saúde, desde a chegada do usuário no acolhimento, até realizar um cuidado integral destes usuários.

Em nossa UBS antes de nossa intervenção tinham poucos cadastros de usuários com HAS, a partir do nosso trabalho em conjunto conseguimos cadastrar 341 usuários com HAS o que representa 61,8% da estimativa de hipertensos em nossa área de abrangência e cadastramos 60 usuários com DM, o que representa 44,1% da estimativa de Diabéticos em nossa área de abrangência no período de 3 meses.

Com a intervenção, nossa equipe de saúde adquiriu mais conhecimento para um acompanhamento adequado dos usuários com hipertensão e diabéticos, tendo havido a qualificação dos profissionais em temas até então novas para eles. Houve capacitação para a aferição da pressão arterial e medição da glicose capilar, contribuindo para um cuidado mais qualificado e melhor acompanhamento dos usuários, conforme as recomendações do ministério da saúde. A equipe também ficou mais unida para realizar outras tarefas referentes ao trabalho de promoção e prevenção de saúde. Realizamos visitas domiciliares em conjunto com os ACS unificando nosso trabalho médico - ACS por um mesmo objetivo de melhorar a saúde dos usuários do nosso serviço. Também aumentamos nossa responsabilidade com o cuidado de nossa população, e a boa aderência de nosso projeto de intervenção com a comunidade aumento a nossa autoestima e nos fez mais cientes do quão importante é realizar nosso trabalho com um foco mais humanista.

Com a nossa intervenção cada membro de nossa equipe de saúde trabalha hoje com muito mais responsabilidade, com atribuições bem definidas e mais segurança.

Os ACS em conjunto com a enfermeira e o médico realizaram as visitas domiciliares e também estavam encarregados das palestras nas casas dos usuários, observando as condições em que moram os usuários hipertensos e diabéticos, sendo isso muito importante para identificar fatores de risco que podem afetar a saúde de os hipertensos e diabéticos e, dessa forma, poder atuar de forma favorável.

A intervenção trouxe mudanças benéficas para o nosso serviço, bem como na maneira de ver os usuários como um todo e não como doentes unicamente, contribuindo verdadeiramente, para a integralidade do cuidado. Foi melhorado o cadastro de usuários, não somente daqueles portadores de hipertensão e diabetes, mas outras doenças e outros programas utilizando a mesma metodologia de trabalho da nossa intervenção. Modificamos nossa forma de acolhimento aos usuários. É feita a escuta qualificada e esclarecendo todas as dúvidas que tenham sobre o atendimento, a doença e buscando a resolutividade das demandas.

A intervenção foi muito importante para o nosso serviço porque o atendimento de usuários com hipertensão e diabetes atualmente não se constitui em responsabilidade exclusiva do médico, passando a ser de toda a equipe de saúde, melhorando nossos processos de trabalho, através de uma equipe mais consciente e engajada em sua atuação.

Conseguimos aumentar o número de usuários com hipertensão e diabetes acompanhados pela equipe, melhorando assim os registros, cadastros, agendamento de consultas deixando as demandas espontâneas para urgências, também em cada atendimento foi feito a classificação de cada usuário de acordo com o risco, a fim de priorizar o atendimento.

A intervenção também foi muito importante para a comunidade porque aumentamos o engajamento da comunidade com a unidade de saúde, comprometendo as lideranças da comunidade com a saúde dos hipertensos e diabéticos. Também informamos para eles seus direitos enquanto usuários e sobre a oportunidade de acesso a todos os nossos serviços, também serviu para aumentar o conhecimento de todos, não só com respeito à sua doença, bem como na prevenção de outras doenças através das ações de educação em saúde e conversas feitas individualmente.

A grande aceitação por parte da comunidade e sua a aderência a nosso projeto de intervenção foi o mais importante para que os hipertensos e

diabéticos tivessem um melhor acompanhamento. Por outra parte aumentou o conhecimento de forma geral na comunidade sobre a importância do acompanhamento regular dos hipertensos e diabéticos, sobre fatores de risco, atenção bucal, prática regular de exercício físico e outros temas importantes para eles. Atualmente, todos se mostram satisfeitos com as novas oportunidades de cuidados em saúde disponibilizados.

Apesar de todo o trabalho, ainda temos usuários por registrar e cadastrar, o que atualmente estamos fazendo para alcançá-los, fazendo da intervenção uma rotina no trabalho para a nossa equipe e pensamos que a mesma fique como primeiro objetivo a cumprir em nosso trabalho diário e como compromisso de nossa equipe em sempre trabalhar desta forma bem organizada.

Com esta intervenção, obtivemos uma grande experiência no atendimento e acompanhamento dos usuários e uma melhor integração entre todos os membros da equipe e também a integração com os líderes comunitários, que muito contribuíram para o bom desenvolvimento de nossa intervenção.

O médico que já fazia visita domiciliar, mas sem dia específico tomou a ter como rotina 1 dia na semana dedicado exclusivo a visitas dos hipertensos e diabéticos faltosos. Melhoramos o agendamento com o preenchimento da data da próxima consulta. A ficha-espelho serviu para um melhor registro das informações e para atualização dos prontuários.

Se começasse a intervenção novamente faria um melhor planejamento, com tempo suficiente para discutir melhor com a equipe, a comunidade e seus líderes, e a secretária para que a intervenção fosse desenvolvida com maior sucesso. A outra coisa que eu faria seria planejar mais ações preventivas com a comunidade, pois conseguimos ver a boa disposição da comunidade e o interesse por saber mais neste caso hipertensão e diabetes, também faria mais atividades que possam atrair mais pessoas para atividades físicas como prevenção de saúde.

A intervenção já é incorporada à rotina diária do nosso trabalho porque nos deixou uma grande satisfação e experiência no trabalho com os usuários hipertensos e diabéticos.

A conclusão do projeto de nossa intervenção em nossa UBS Dr. Luiz Fernando Magalhães, não significa que se encerra o nosso trabalho. Ao contrário, vamos a trabalhar e avaliar qual será nosso próximo projeto de intervenção, faremos

reuniões integradas primeiro por nossa equipe para depois expor para a secretaria de saúde e conselho local de saúde nossos propósitos. Levaremos esta metodologia a todos os programas de atendimento como Saúde da Criança e Saúde do Idoso. Embora nós viéssemos trabalhando nesses programas, agora que adquirimos a experiência e o conhecimento necessários com essa intervenção, nossa equipe ficou com grande entusiasmo para seguir com o nosso trabalho com dedicação e eficiência.

Fica só o agradecimento primeiro ao ministério de saúde e a UFPel por ter disponibilizado este curso de grande importância, também agradecer a disponibilidade de recurso matérias e transporte por parte da secretaria municipal de saúde do município Capixaba-Acre e a minha equipe que considero a melhor do Brasil e a população por ter aceitado nossa equipe abrindo as portas de suas casas e disponibilizando tempo em prol de otimizar o nosso serviço.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Meu nome é Carlos Rodrigo Cardoso Cazorla, médico clínico geral. Atualmente trabalho como médico da atenção básica na Unidade Básica de Saúde Dr. Luiz Fernando Magalhães. Foi realizada a intervenção sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Esta intervenção foi realizada em nossa área de abrangência que compreende um total de 3629 pessoas, com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários com HAS e DM.

Decidimos intervir nesta ação programática devido à alta incidência e baixa cobertura de usuários com doenças crônicas, dentre estas as mais relevantes, HAS e DM. Os usuários foram cadastrados e foi realizado acompanhamento segundo protocolo do ministério de saúde, estas ações foram desenvolvidas por parte do médico clínico geral, enfermeiro, ACS, cirurgiã-dentista e auxiliar. Por meio deste trabalho em equipe conseguimos ampliar a cobertura das ações para um melhor atendimento deles e melhoramos a qualidade do cuidado através de um conjunto de ações sistematizadas, como palestra educativa ao grupo de idosos, visita domiciliar com promoção e prevenção de saúde. Estes dados foram registrados nas fichas- espelhos, prontuário e na planilha de coleta de dados.

No início de nossa intervenção nos reunimos com toda nossa equipe de saúde, e realizamos capacitação em diferentes temas sobre hipertensão e diabetes como técnica de aferição da pressão arterial, medição da glicose capilar e medição do peso corporal, como realizar preenchimento das fichas-espelhos e cadastro dos usuários, e progressivamente esclarecendo dúvidas sobre nossa ação programática.

Durante nossa intervenção que foi desenvolvida em 12 semanas conseguimos melhorar no acolhimento dos hipertensos e diabéticos, ofertando um

melhor acompanhamento a este grupo de usuários, as consultas foram com maior qualidade.

Da mesma forma realizamos reuniões e palestras em nossa área de abrangência, realizamos reuniões na sede do grupo de hipertensos e do grupo da terceira idade com boa recepção e aderência dos usuários ao nosso projeto de intervenção. Também é importante informar neste relatório que cadastramos 341 que representa 61,8% da estimativa de hipertensos em nossa área de abrangência e 60 diabéticos que representa 44,1% da estimativa de diabéticos em nossa área de abrangência. Foi solicitado a 100% deles exames complementares e consulta integral incluído a consulta com a equipe de saúde bucal, também foram realizado os encaminhamentos correspondentes a cada usuário. Uma deficiência é que nem todos os usuários estão retornando à consulta de acompanhamento e alguns não retornaram com o resultado dos exames complementares solicitados, fora isso tivemos uma excelente aderência da comunidade.

Com o encerramento da intervenção alguns indicadores não foram alcançados como esperávamos, gostaríamos de ter alcançado um maior número de cadastros, mas levando em conta o nosso alto número de habitantes e a localização do nosso município predominantemente suburbano e rural foi complicado e o tempo de nossa intervenção de 12 semanas. Mas fica o compromisso de continuar melhorando nossos indicadores e continuar nosso trabalho com este foco, mesmo assim nos usuários cadastrados conseguimos realizar o atendimento continuado e com foco multidisciplinar.

Esta intervenção trouxe mudanças positivas para nosso trabalho, porque conseguimos consultar com mais integralidade aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa comunidade.

Antes da intervenção não tínhamos fichas-espelhos e no mesmo prontuário preenchíamos todas as informações, e com o início da intervenção implementamos a aplicação da ficha-espelho para todos nossos usuários hipertensos e diabéticos, isto permite ter um acompanhamento mais prático quanto a sua medicação e sistematicidade da consulta. Também conseguimos a disponibilização de mais vagas por semana para o atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Também conquistamos uma maior integração da equipe e mais, conhecimento e responsabilidade com nossos usuários em cada área de

atendimento. Nossa intervenção contribuiu para a integralidade do cuidado em saúde dos usuários, levando benefícios para todos os envolvidos.

Ao propormos a realização de uma intervenção, sabíamos dos desafios postos e que nem tudo dependia unicamente do envolvimento da equipe, de forma que é importante e necessário o apoio da gestão das diferentes instituições, líderes comunitário e outros que influenciam nos processos necessários para o cumprimento das ações de saúde propostas.

Também solicitamos o apoio da secretaria de saúde de nosso município para apoiar com o transporte as micro áreas para realizar a captação e acompanhamento domiciliar destes usuários, recursos materiais para impressão das fichas espelhos, o qual até o momento foi satisfatório.

Pensamos que a intervenção teve um bom impacto logrando modificar indicadores que melhoram a saúde dos hipertensos e diabéticos, dando soluções e orientações a toda a população e a equipe de saúde. Temos motivos para levar as experiências de nossa intervenção a outras equipes de saúde para que possam dar um completo seguimento a todos os hipertensos e diabéticos.

Ao propormos a realização de uma intervenção, sabíamos dos desafios postos e que nem tudo dependia unicamente do envolvimento da equipe, de forma que é importante e necessário o apoio dos gestores de saúde não só como avaliador de nossa intervenção de saúde, como também precursor de outras ações programáticas, facilitando o acesso a informações atualizadas e recursos materiais. Também tem papel importante no incentivo da continuidade deste atendimento organizado o qual facilita o trabalho da equipe de saúde e melhora a qualidade do atendimento a população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Meu nome é Carlos Rodrigo Cardoso Cazorla, médico clínico geral atualmente trabalho como médico da atenção básica na Unidade Básica de Saúde Dr. Luiz Fernando Magalhães. Em nossa unidade realizamos um projeto de intervenção direcionado para usuários hipertensos e diabéticos para melhorar o atendimento e acompanhamento destes usuários, A intervenção foi realizada desde o dia 22 de setembro do ano 2015 até 10 de dezembro do ano 2015 como duração de 12 semanas em nossa UBS Dr Luiz Fernando Magalhães, durante nossa intervenção acompanhamos um total de 341 hipertensos (61,8%) e 60 diabéticos (44,1%).

No início de nossa intervenção reunimos toda nossa equipe de saúde, e realizamos capacitação em diferentes temas sobre hipertensão e diabetes, como seria a técnica de aferição da pressão arterial, medição da glicose capilar e medição do peso corporal, como realizar preenchimento das fichas-espelhos e cadastro dos usuários, e progressivamente esclarecendo dúvidas sobre nossa ação programática.

Da mesma forma, realizamos reuniões e palestras em nossa área de abrangência, realizamos reuniões na sede do grupo de hipertensos e do grupo da terceira idade com boa recepção e aderência dos usuários ao nosso projeto de intervenção. Também é importante informar neste relatório que dos 341 hipertensos e 60 diabéticos, foi solicitado a 100% deles exames complementares e consulta integral incluindo a consulta com a equipe de saúde bucal, também foram realizados os encaminhamento correspondentes a cada usuário. Uma limitação é que nem todos os usuários estão retornando à consulta de acompanhamento e alguns não

retornaram com o resultado dos exames complementares solicitados, fora isso tivemos uma excelente aderência da comunidade.

As maiores conquistas que podemos citar é que com toda a equipe conseguimos realizar busca ativa de todos os usuários hipertensos e diabéticos faltosos os quais foram reintegrados às consultas de forma regular e programada.

Todas as informações obtidas neste nosso projeto de intervenção foram registradas nas fichas-espelhos e prontuários clínicos individuais visando ter um acompanhamento mais eficiente e integral destes usuários. Também devido à alta demanda de atendimento odontológico conseguimos ampliar os números de fichas exclusivamente para estes usuários o qual está contribuindo muito com a saúde deles, e da mesma forma nossa equipe de saúde bucal está realizando o acompanhamento devido deles.

Nossa intervenção contribuiu para a integralidade do cuidado em saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, levando benefícios para todos os envolvidos. Hoje a comunidade conhece mais sobre os fatores de risco de os hipertensos e diabéticos e como evitar as possíveis complicações destas doenças.

Pensamos que a intervenção teve um bom impacto conseguindo uma participação ativa da comunidade e estimulando a nossa equipe de saúde, por este motivo continuaremos com este foco, de uma medicina mais humana e mais envolvida com a comunidade, neste caso com os hipertensos e diabéticos, com o objetivo de melhorar nossos indicadores e, sobretudo, melhorando a qualidade de vida dos usuários do nosso serviço.

Por todo o referido anteriormente, convidamos todas as pessoas de nosso município a realizar de forma regular medida da pressão arterial e permitir a visita de nossos ACS a seus domicílios para poder avaliar a necessidade de atendimento médico para assim evitar futuras complicações e melhorar sua qualidade de vida.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Este processo de aprendizagem foi de importância relevante, no início tive que lidar com o idioma português, mesmo sendo parecido ao espanhol as "gírias" exigiram de mim um pouco mais de atenção ao escutar os usuários, entre outras coisas. A tecnologia e uso da internet para formação a distância para realização deste curso foi uma experiência única porque exigiu que eu me adaptasse a esta tecnologia como uma forma autodidata de estudar. Além disso, o primeiro impacto com a atenção básica de saúde foi interessante, no início pensei que era algo monótono, mas com o tempo percebi que é o pilar fundamental da atenção de saúde porque é nossa responsabilidade conhecer nossa população e saber quem tem e quem não tem problemas de saúde ou que precisa ou não atendimento especializado. De nós depende que a grávida tenha um bom acompanhamento pra não ter problemas no parto ou que uma criança seja acompanhada pra não ter problemas no seu desenvolvimento. Foi o momento que percebi que a atenção básica é o melhor da medicina porque não existe ninguém que possa resolver mais o problema de nossa população que o Médico da Família.

Para mim, esta modalidade de estudo foi um passo muito importante, pois tive de enfrentar diversos desafios com relação à tecnologia utilizada, somadas àquelas do idioma em si. Pensei inicialmente que, fazer a especialização ao mesmo tempo em que trabalhamos com a população desconhecida, para mim não ia ter muita relevância. No entanto, na medida em que o curso ia avançando, minhas expectativas mudaram por completo.

Este curso desde seu início abordou elementos necessários para a atuação adequada dos profissionais no Brasil e foi uma ótima oportunidade no aperfeiçoamento profissional. Vinculando o trabalho diário à especialização, compreendi muito mais o problema de minha população, que é muito diversificada cultural e socialmente, com uma diversidade de doenças, algumas conhecidas de meu país de origem, outras novas para mim que me obrigaram a estudar muito,

seus riscos e características de cada uma, relacionando aos conhecimentos adquiridos no curso.

Acredito que o curso de especialização foi muito importante porque aumentou e muito meus conhecimentos, além de que nos permitiu implementar nosso projeto de intervenção, o que trouxe muitos benefícios para todos, principalmente para a comunidade, mudando hábitos e estilos de vida dos usuários de nosso serviço.

Este curso foi muito bem pensado, por que o aluno dispõe de múltiplas e diferenciadas informações para sua aprendizagem. Considero que tem caráter prático e aplicado, porque permitiu, com os casos interativos conhecer o manejo das doenças no Brasil.

Este curso no seu ambiente virtual não só nos ensinou uma nova metodologia de estudo, como também permitiu interatuar com outros profissionais, permitiu esclarecer dúvidas e trocar ideias e conhecimento, o que enriqueceu ainda mais o processo de aprendizagem.

Com a conclusão do curso me sinto muito satisfeito de ter vencido uma etapa a mais e, mais importante, de ter permitido interatuar com minha população de forma mais humana, criar um laço de confiança e poder ser, fora da unidade de saúde, um amigo da minha comunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de atendimento de saúde da criança na atenção básica**. Brasília: Ministério de saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 159 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de atendimento dos idosos**. Brasília: Ministério de saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus- HIPERDIA**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

C4		fx																	
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																			
Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertenso ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas atrasadas?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?	
Orientações de encaminhamento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1																		
	2																		
	3																		
	4																		
	5																		
	6																		
	7																		
	8																		
	9																		
	10																		
	11																		
	12																		
	13																		
	14																		
	15																		
	16																		
	17																		
	18																		
	19																		
	20																		
	21																		
	22																		
	23																		
	24																		
	25																		
	26																		
	27																		
	28																		
	29																		

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / **Mês 1** / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

54%



Anexo C - Ficha-espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

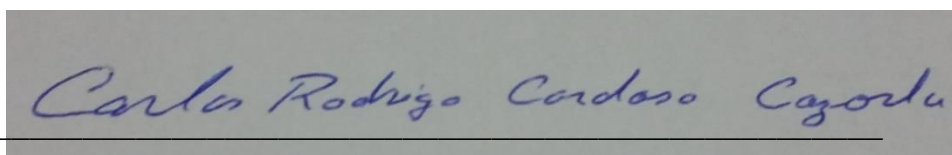
[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, Carlos Rodrigo Cardoso Cazorla, Médico Intercambista com RMS/AC 1200026 e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão à disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.



Nome

Contato: (68) 84020957

Telefone: (68) 32341364

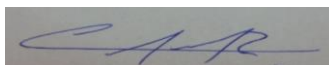
Endereço Eletrônico: rodrigo861125@gmail.com

Endereço físico da UBS: AV. Governador Edmundo Pinto, Bairro Centro S/N , CEP 69931-000

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ Carlos Rodrigo Cardoso Cazorla _____,
Documento _____ RNE V9640791 _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.



Assinatura do declarante